

# Rheumatology Associates of South Texas

V3  
MDH  
AQ

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Sobre usted: SEXO:  Femenino  Masculino GRUPO ÉTNICO:  Asiático  Hispano  Otro  Negro  Blanco ESTADO CIVIL:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Idioma que prefiere: \_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Médico que le refiere: \_\_\_\_\_ Núm. de farmacia: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

¿Está usted o ha estado recientemente en un Centro de Enfermería Especializada o en un hospicio?  No  Sí

En caso afirmativo, proporcione la información a la institución.

\*\*\*\*\*

1. Marque con una (✓) sólo UNA respuesta que mejor describa sus capacidades en este momento:

EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿pudo realizar las siguientes actividades?	SIN dificultad	Con un POCO de dificultad	Con MUCHA dificultad	NO PUDE hacerlo
Vestirse, incluyendo abrocharse botones y cintas de los zapatos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Acostarse y levantarse de la cama	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Llevarse una taza o vaso lleno de líquido a la boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Caminar al aire libre en suelo firme y uniforme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lavarse y secarse todo el cuerpo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Agacharse para levantar ropa del piso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Abrir o cerrar llaves de agua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Subirse y bajarse de un automóvil, autobús, tren o avión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Caminar dos millas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Participar en deportes y juegos como usted quisiera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dormir bien toda la noche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3
Lidiar con sentimientos de ansiedad o nerviosismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3
Lidiar con sentimientos de depresión o tristeza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3

2. ¿Qué tanto dolor ha tenido como consecuencia de su condición EN LA ÚLTIMA SEMANA? Señale a continuación el grado de severidad de su dolor:



3. Al despertarse en la mañana EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿sintió entumecimiento?  No  Sí  
Si la respuesta es "Sí," señale la cantidad de minutos \_\_\_\_\_ u horas \_\_\_\_\_ que le toma en recobrar la flexibilidad que tendrá durante el día.

4. ¿Cómo se siente HOY en comparación con su última cita? Marque con una (✓) sólo una respuesta.

(1) Mucho mejor  (2) Mejor  (3) Igual  (4) Peor  (5) Mucho peor

5. Teniendo en cuenta las distintas maneras en las que la enfermedad y las condiciones médicas pueden afectarle en este momento, señale a continuación si se siente:



FN (1)

1=0.3 16=5.3  
2=0.7 17=5.7  
3=1.0 18=6.0  
4=1.3 19=6.3  
5=1.7 20=6.7  
6=2.0 21=7.0  
7=2.3 22=7.3  
8=2.7 23=7.7  
9=3.0 24=8.0  
10=3.3 25=8.3  
11=3.7 26=8.7  
12=4.0 27=9.0  
13=4.3 28=9.3  
14=4.7 29=9.7  
15=5.0 30=10

PN (2)

PTGL (5)

RAPID

(0-30)

Categoría

HS=>12

MS=6.1-12

LS= 3.1-6

R= ≤3

6. Marque con una (✓) si ha sufrido alguna de las siguientes condiciones en la ultima semana

**Constitutional**

- Fiebre
- Pérdida de peso (>10 libras)
- Fatiga

**Ojos / Boca**

- Ojos secos
- Ojos inflamados o rojos
- Úlcera/ llaga en la boca
- Boca seca

**Respiratorio**

- Falta de aire
- Tos
- Dolor al respirar

**Cardiovascular**

- Dolor de pecho

**Piel**

- Erupción cutánea
- Caída del cabello

7. ¿Cada cuánto ejercitas aeróbicamente (sudoración, aumento de ritmo cardiaco, corto de respiración) por lo menos media hora (30 Minutos)? Por Favor(✓) marque solo uno.

- 3 o más veces a la semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- No hago ejercicio regularmente
- No puedo hacer ejercicio debido a discapacidad

8. Marque con una (✓) en el cuadro apropiado para indicar el grado de dolor que siente hoy en cada una de las áreas de articulación de la lista a continuación:

	<u>Nada</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>		<u>Nada</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>
DEDOS MANO IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DEDOS MANO DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
MUÑECA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	MUÑECA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CODO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CODO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
HOMBRO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	HOMBRO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CADERA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CADERA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
RODILLA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	RODILLA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
TOBILLO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	TOBILLO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
DEDOS PIE IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DEDOS PIE DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CUELLO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	ESPALDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

9. Escriba a continuación algún fármaco o medicamento nuevo que haya cambiado desde su última visita.

<u>MEDICAMENTO NUEVO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>Cuántos por día o semana</u>	<u>MEDICAMENTO SUSPENDIDO</u>	<u>MEDICAMENTO QUE DEBE RESURTIR</u>
1. _____	_____	_____	1. _____	1. _____
2. _____	_____	_____	2. _____	2. _____
3. _____	_____	_____	3. _____	3. _____

**ALERGIAS A FÁRMACOS** \_\_\_\_\_

10. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido...? [(Marque con una (✓))]

- Una operación o enfermedad nueva  No  Sí
- Efectos secundarios de algún medicamento  No  Sí
- Una visita o estancia en un hospital  No  Sí
- Fuma cigarrillos con regularidad  No  Sí
- Un síntoma nuevo significativo  No  Sí
- Una caída, accidente u otro trauma  No  Sí

Explique a continuación las respuestas a las que contestó "Sí":

\*\*\*\*\*

**Información sobre el Centro de Enfermería Especializada/Hospicio:**

Empezar \_\_\_\_\_ Terminar \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número telefónico # \_\_\_\_\_

Nombre del el/la trabajador (a) social: \_\_\_\_\_